FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph FESQ

Né à Arnac (Cantal), le 10 octobre 1884

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

ET APPENDICITE

(Diagnostic différentiel et coexistence)

Président : M. PAUL SEGOND, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

Chirurgien des Hôpitaux

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE
ET APPENDICITE
(Diagnostic différentiel et coexistence)

INTRODUCTION

La rupture d'une trompe gravide ou avortement tubaire et l'appendicite sont deux causes de douleurs abdominales à siège bas, début brusque, évolution grave. Elles peuvent être confondues — soit par suite d'un examen tout à fait insuffisant, comme celui qui consiste à porter un doigt distrait au point de Mac-Burney pour affirmer l'appendicite — soit à la suite d'un examen très soigneux, que l'attention ait été appelée ou non sur la différentiation de ces deux affections. A l'occasion d'un cas que nous avons observé dans le service de M. le Dr Potherat à l'hôpital Broussais, nous nous sommes livré à quelques recherches sur ce sujet et notre maître nous a conseillé de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude détaillée de ce point de pratique. Nous le prions d'agréer l'expression de notre reconnaissance.

Avant d'aborder notre sujet qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de l'école de Clermont qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière

médicale, en particulier MM. les professeurs Billard, Buy, Argaud, qui nous ont appris la physiologie et l'anatomie humaine. Nous gardons également le meilleur souvenir des leçons cliniques de MM. les professeurs Bousquet, Lepetit, du Cazal, Morin, Gautrez dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève ou l'interne.

Nous adressons aussi nos plus vifs remerciements à nos maîtres des hôpitaux de la Faculté de Paris notamment à MM. les professeurs Pozzi, Bar, Marfan, Widal qui nous ont toujours accueilli avec la plus grande bienveillance dans leurs services et dont les leçons furent pour nous d'un si haut intérêt.

M. le professeur Paul Segond a bien voulu accepter la présidence de cette thèse; nous le prions d'agréer l'expression de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Malgré leur fréquence l'appendicite et la grossesse extra-utérine ne sont bien connues que depuis peu d'années. C'est l'essor de la chirurgie contemporaine qui a permis de faire la part de l'appendicite dans l'étiologie des péritonites. Le même facteur a amené la connaissance des différentes formes évolutives de la grossesse tubaire, affection qu'on ne pouvait observer anatomiquement qu'au début dans les cas d'inondation péritonéale, ou si tardivement en cas d'hématocèle que l'origine gravidique passait inaperçue.

Ce n'est que lorsqu'on eut décrit minutieusement les formes de ces maladies que l'on fut amené à faire leur diagnostic différentiel.

Segond en 1892 dans la 1re édition de Duplay et Reclus ne parle pas du diagnostic de l'appendicite et de la grossesse extra-utérine rompue. Guinard en 1899, dans la 1re édition du traité de Le Dentu et Delbet, lui consacre une ligne et demie, page 509, et Le Dentu et Bonnet, un mot, page 932. Pozzi

dans son *Traité de gynécologie* (édition de 1907), dit de la grossesse extra-utérine, à la page 1092, que « la douleur intense et subite n'en impose pas pour une appendicite à début brusque ». Brindeau dans la 2e édition (1909) du traité ne dit rien à ce sujet. Cependant dès 1902, Legueu, Potherat, Pinard, etc. à la Société de Chirurgie et à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie soulevèrent un débat sur la question. Célos dans une thèse importante (1902) sur le syndrome péritonéo-abdominal consacre un mot à ce sujet page 179 et Aguinet dans sa thèse (1903) sur l'inondation péritonéale dans la grossesse tubaire écrit quinze lignes judicieuses sur les cas de grossesses extra-utérines prises pour des appendicites et en donne quelques observations inédites. Depuis diverses observations ont été publiées. Cathomas en 1909 a fait une étude détaillée de cette question à propos de 4 cas personnels. Gasbarrini de Sienne en 1910 en a donné une courte revue générale ayant eu l'occasion d'observer 2 cas intéressants.

CHAPITRE II

Description schématique de la grossesse tubaire et de l'appendicite.

Nous commencerons notre étude par l'énoncé des principaux symptômes et des stades évolutifs de ces deux affections, parce que — pour la grossesse extra-utérine en particulier — il convient de se servir d'appellations bien déterminées pour discuter les états anatomiques et cliniques que l'on observe. Un grand nombre de cas publiés sont en effet difficiles à classer faute de terminologie exacte.

Une grossesse extra-utérine au début. — On peut grouper les signes d'une grossesse extra-utérine au début sous quatre chefs : signes de grossesse, douleurs, signes de compression, signes physiques.

Les signes de grossesse sont tous les signes d'une grossesse au début : les phénomènes digestifs et nerveux, les modifications des seins et surtout la suppression des règles. Les écoulements sanguins que l'on observe ne présentent ni les caractères de périodicité, ni l'aspect objectif de l'écoulement menstruel

si bien que l'on peut dire que lorsqu'il y a grossesse qu'elle soit utérine ou ectopique, il y a suppression des règles proprement dites.

Les douleurs sont continues ou par accès — avec des intensités diverses — de siège hypogastrique avec irradiations crurales, lombaires, sacrées. Elles sont la traduction du travail par lequel la trompe cherche à chasser son contenu, en quelque sorte, le prologue d'un avortement. Ces coliques se présentent sous trois formes : coliques apyrétiques avec hémorragie ; coliques avec fièvre par poussée de péritonite ; coliques avec hémorragie et expulsion de caduque utérine.

Les symptômes de compression sont la constipation, les crises de diarrhée, la dysurie, la rétention.

Les signes physiques sont le palper qui montre une tumeur médiane ou latérale, moins régulière que l'utérus et douloureuse, et le toucher qui montre le col derrière la symphyse, le corps moins gros que ne le ferait présumer l'âge de la grossesse, la tumeur salpingienne latérale ou postérieure, un peu de sensibilité dans un cul-de-sac.

Une grossesse extra-utérine compliquée d'hémopéritoine. — Par l'intermédiaire de l'hématosalpinx qui distend la trompe, la grossesse tubaire évolue vers la rupture ou l'avortement, qui ont pour conséquence l'épanchement de sang dans le péritoine. Cette hémorragie va déterminer un processus anatomique qui évolue en quatre temps :

1° Stade d'hémorragie dont la durée est sous la dépendance de deux lois : loi de Segond (séreuse saine, grand épanchement) ; loi de Cestan (lenteur de l'écoulement sanguin, rôle providentiel de l'hypotension et de la syncope).

2° Stade de réaction ;

3° Stade d'enkystement ;

4° Stade de suppuration ou de résorption avec ou sans séquelles.

Une femme dont la grossesse est souvent rien moins que démontrée, présente soudain une douleur atroce, syncopale, un ictus péritonéal (nausées, vomissements, pouls petit, rapide, anxiété, sueurs) des signes d'hémorragie interne (pâleur, vertiges, bourdonnements, hypotermie) une métrorrhagie couleur sépia ; une expulsion de caduque, dans le plus grand nombre des cas ; et pas de signes physiques, si ce n'est de la matité dans les flancs.

Si la malade ne meurt pas et que l'évolution se fasse vers l'hématocèle, on observe du ballonnement, des nausées, une température de résorption sanguine et les signes physiques de l'hématocèle dans le Douglas.

Cas atypiques. — Il existe une forme anté-utérine et une forme à poussées successives.

Formes cliniques. — En résumé et suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, une grossesse extra-utérine peut se présenter selon quatre

types synthétiques principaux : hémorragie interne, douleur pelvienne (et ce sont les cas où l'on pense à une rétroversion, à une torsion de tumeur), pseudo-avortement, pseudo-péritonite. C'est ce dernier type dont les symptômes du début sont des phénomènes de péritonisme et dont l'évolution se fait vers la suppuration de l'hématocèle, qui peut pendant toute son évolution faire songer à la péritonite appendiculaire.

Étude schématique de l'appendicite

Nous avons fait de la grossesse extra-utérine une étude chronologique, nous pouvons en faire autant pour l'appendicite. En effet cette maladie a des formes diverses et si, dans certains cas, le sujet passe d'une forme à l'autre : par exemple de l'appendicite avec péritonite localisée à l'appendicite avec péritonite généralisée, ou de l'appendicite chronique à la péritonite septique diffuse, ou même de la péritonite aiguë à l'appendicite chronique, il n'en est pas moins vrai que chacune de ces formes, grave ou bénigne, peut exister d'emblée et qu'en particulier les cas susceptibles d'être confondus avec les diverses modalités de la grossesse extra-utérine sont des formes primitivement graves.

L'appendicite chronique. — L'appendicite chronique se caractérise par de la douleur, des phéno-

mènes locaux, un syndrome gastro-intestinal et des troubles de l'état général.

La douleur spontanée est de siège ombilical, épigastrique, rarement latéral. La douleur provoquée siège en des points assez divers : points de Clado, de Lenz, de Munro, de Mac-Burney.

Localement on peut reconnaître à la palpation un cordon et en cas de phénomènes inflammatoires surajoutés une ébauche de contracture.

Le syndrome gastro-instestinal est du type pseudo-entéritique ou pseudo-dyspeptique.

Enfin cette inflammation chronique atténuée en plein péritoine détermine des troubles de l'état général qui consistent en amaigrissement, asthénie, vertiges, fièvre de moins de 38 degrés avec élévation vespérale de 6/10 et recrudescence au delà de 38 degrés par l'épreuve de la marche, enfin signes pulmonaires (Faisans).

On fait le diagnostic de cette forme avec la tuberculose pulmonaire, les annexites, les cholécystites, la typhlectasie, l'entérocholite, la colique néphrétique, le rein mobile, les névralgies.

Il existe toute une école de cliniciens (Dieulafoy, Lœper, Leveu, Prou, etc.) qui trouvent que l'on fait avec trop de facilité le diagnostic d'appendicite chronique et dans une thèse remarquable M^lle^ Weill raille les auteurs pour qui « n'importe quel symptôme vague, frustre, d'étiologie imprécise, joint à une douleur de la zône cœco-appendiculaire forme un binôme

symptomatique suffisant pour porter le diagnostic d'appendicite chronique ».

L'appendicite aiguë. — L'appendicite aiguë débute brusquement par une douleur dans la fosse iliaque, des vomissements, de la contracture, puis du tympanisme, un pouls rapide, un état syncopal et de la fièvre dans les heures qui suivent. Elle peut évoluer vers la forme plastique (douleurs, syndrome gastro-intestinal, syndrome péritonéal, plastron large comme la main ou contracture localisée, température de 38°5 avec remission matinale, résolution au septième jour) ; ou vers la péritonite enkystée (douleurs, syndrome gastro-intestinal et péritonéal, empâtement puis œdème, fièvre de suppuration et phénomènes généraux) ; ou vers la péritonite généralisée (douleurs généralisées, vomissements et hoquet, facies grippé, ballonnement, arrêt complet des matières et des gaz, tenesme vésical) ; ou enfin vers la forme septique diffuse (pouls très rapide, refroidissement des extrémités, subictère, quetquefois euphorie trompeuse, adynamie, hypotermie, pas de signes locaux).

En résumé quand un malade vient pour une appendicite ou quelque chose qui ressemble à une appendicite, on établit la chronologie de l'affection ; on regarde la feuille de température ; on compte le pouls en s'assurant s'il n'est pas hypotendu à l'extrême ; on s'informe du syndrome gastro-intestinal (langue, vomissements, constipation, gaz) ; on regarde le facies, on palpe l'abdomen qui accuse de l'hyperesthésie, de

la douleur localisée ou généralisée,de la contracture, de l'empâtement ; on recueille enfin les éléments de pronostic : dissociation du pouls et de la température, augmentation considérable de cette dernière. anurie, facies septicémique, état grave avec peu de signes locaux.

Appendicite pelvienne. — On observe assez souvent des appendicites développées dans le petit bassin, formes en général moins graves, rappelant les annexites par leurs symptômes et leur évolution.

CHAPITRE III

LES FORMES DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMULANT L'APPENDICITE

Les formes de grossesse extra-utérine qui simulent l'appendicite peuvent schématiquement se ramener à quatre : grossesse extra-utérine simulant l'appendicite chronique, hématocèle simulant une péritonite localisée, inondation péritonéale type pseudo-péritonite généralisée, appendicite pelvienne.

Grossesse extra-utérine simulant l'appendicite chronique. — Lorsque la grossesse extra-utérine détermine les phénomènes douloureux atténués de faux travail et lorsqu'on confond la tumeur qu'elle forme avec un boudin appendiculaire, on peut être amené à faire le diagnostic d'appendicite. De même lorsqu'à ces phénomènes s'ajoute un peu de réaction péritonéale on pense à une appendicite localisée, ou plutôt, cette forme ressemblant à une salpingite, on sera amené à faire le diagnostic différentiel d'une salpingite et d'une appendicite. MM. Albertin et Desgouttes ont insisté sur ces faits dans *le Lyon chirurgical* du 1er mars 1909, page 459. Ils décrivent

une forme anatomo-clinique sous le nom de « grossesse tubaire avec trompe en voie de fissuration sous-péritonéale, forme salpingite aiguë ». Les symptômes sont de la température, des vomissements, des douleurs, du ballonnement ; les pertes manquent le plus souvent. « Les phénomènes douloureux, disent-ils, ainsi que la fièvre pourront faire penser dans certains cas à une appendicite : cependant dans celle-ci l'orage péritonéal est en général plus violent, la fièvre plus élevée, la langue est sale, saburrale... Le plastron est situé souvent plus haut, plus dans la fosse iliaque droite, la collection au toucher est franchement chaude. D'autre part aucun signe réflexe de la grossesse à moins que l'on ait une grossesse au début coïncidant avec une appendicite, auquel cas le diagnostic pourrait parfaitement être impossible.»

Hématocèle simulant l'appendicite aiguë. — Dans une observation de Launay et Séguinot se rapportant à une grossesse ectopique double, rompu d'un côté, on suit bien les conditions qui ont amené à faire un premier diagnostic inexact et l'évolution qu'on a du faire pour arriver au vrai diagnostic que l'opération a confirmé. Il s'agissait d'une femme (1) qui est examinée le 21 octobre par un médecin pour douleurs dans le flanc droit et vomissements. Diagnostic : appendicite. Le 24, elle rentre à l'hôpital et présente

1. Launay et Séguinot, *Revue de chirurgie*, 11 avril 1911.

alors de la douleur dans le flanc droit, des vomissements, de la contracture des droits, de la matité dans la fosse iliaque droite avec plastron d'induration. Le toucher ne donne rien. Le nez est pincé, les yeux escavés, la langue sèche, le pouls est à 120 pulsations, la température de 38 degrés. Le diagnostic d'appendicite est porté. Le 27 la malade présente de l'ictère intense ; elle n'a pas de température, la douleur locale diminue. Le 1er novembre la température est à 39 degrés, même état local. Le 10 novembre la douleur réapparaît ; le 14, elle est plus vive et se généralise. Ce jour-là on apprend un retard de règles de trois mois. Le toucher négatif le 24 octobre montre alors un cul-de-sac rempli. On fait le diagnostic d'hématocèle qui est confirmé par l'opération. Ainsi une hématocèle peut s'installer chez une femme en donnant un maximum de signes locaux, fonctionnels et physiques dans la fosse iliaque droite, avec réaction péritonéale, fièvre ; et l'on est ainsi amené à faire le diagnostic d'appendicite. Gasbarrini a insisté sur ces faits. Dans 2 cas qu'il a rapportés, on attacha beaucoup d'importance au siège de la douleur ; on ne pensa pas à la grossesse ectopique, parce que les femmes dissimulaient un retard de quinze jours. On fit ainsi deux fois le diagnostic de péritonite appendiculaire et il s'agissait de grossesse tubaire droite rompue avec hémorragie intrapéritonéale enkystée dans la fosse iliaque droite et la partie attenante du petit bassin.

Inondation péritonéale et appendicite suraiguë. — Lorsqu'une malade est amenée à l'hôpital pour une affection abdominale déterminant un état général très grave, on peut dire — à l'inverse des cas précédents où on ne pense pas assez à la grossesse extra-utérine — que les deux idées qui se présentent d'emblée sont la péritonite septique diffuse et l'inondation cataclysmatique. L'hypothermie, l'hypotension, la tachycardie, l'adynamie, la pâleur, la voix faible et cassée sont des signes communs à ces deux affections. Pour peu que la douleur ait son maximum à droite, ou même, comme dans une observation d'Aguinet, à l'épigastre, l'embarras augmente (1).

Appendicite pelvienne. — Une hématocèle suppurée comporte un grand nombre de points de similitude avec une appendicite pelvienne. Elle partage sa bénignité relative, parce que bien limitée.

---

1. Aguinet, thèse, p. 54 et observation I.

CHAPITRE IV

COEXISTENCE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DE L'APPENDICITE

La triade colibacillaire gravidique — cholécystite, pyélonéphrite, appendicite — s'observe au cours de l'évolution d'une grossesse ectopique, comme au cours d'une grossesse intra-utérine. Toute grossesse peut ou reveiller l'appendicite, ou la faire éclore. D'autre part, on peut supposer que des poussées appendiculaires ont pu déterminer des lésions péritonéales qui modifient l'état anatomique de la trompe et gênent la migration de l'ovule fécondé. Enfin il est reconnu que la grossesse aggrave l'appendicite.

Cazin (1) a publié un cas de coexistence d'une appendicite chronique réchauffée, avec une grossesse extra-utérine dont le diagnostic fut confirmé par l'intervention. L'annexe droite était volumineuse, sensible et la malade avait un retard de règles de dix jours.

---

1. *Paris chirurgical*, février 1910, p. 109.

Témoin a également publié 2 cas analogues, mais avec état général plus grave. Dans l'un il y avait à la fois appendicite et hématosalpinx ; dans l'autre, appendicite gangréneuse et rupture tubaire. (1)

1. (Association française de chirurgie, Congrés de 1903).

CHAPITRE V

ÉLÉMENTS DE CONFUSION ET DE DIFFÉRENTIATION

Douleur. — La douleur est bien plutôt un élément de confusion qu'un élément de différentiation.

Pour beaucoup, l'appendicite c'est la douleur au point de Mac-Burney, ou dans la région avoisinante, et réciproquement quand il n'y a point de douleur à ce niveau il n'y a point d'appendicite. Le diagnostic semble alors se ramener aux deux termes qu'employait en 1897 Budin à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie à propos de l'appendicite et de la salpingite : maladie abdominale, maladie pelvienne.

Cependant si nous passons en revue les 22 observations inédites de la thèse d'Aguinet, on voit que sept fois la douleur siégeait dans la fosse iliaque droite (obs. II, V, diagnostiquée appendicite, XI, XII, XIV, XVII, XVIII, dans lesquelles le même diagnostic avait été porté) ; une fois elle siégeait à droite (obs. XX); une fois au bas-ventre (obs. IV); une fois à l'épigastre (obs. I) ; douze fois le siège n'était pas indiqué. Dans les 2 observations de Gasbarrini, la douleur siégeait au point de Mac-

Burney. Dans l'observation LXIV de Celos, elle était généralisée d'emblée.

Or, si nous cherchons ce qui se passe dans l'appendicite, nous voyons que la douleur spontanée siège en général à l'épigastre ce qui n'est pas vrai pour la douleur provoquée.

Signalons enfin l'importance des irradiations douloureuses. Launay et Séguinot (1) insistent sur l'importance de l'irradiation vers l'ombilic dans les appendicites où il existe de la douleur spontanée dans la fosse iliaque.

Le caractère de la douleur peut aussi avoir son importance, et il est certain que la douleur atroce, syncopale de certaines ruptures ne permet pas une erreur de diagnostic. Mais l'une et l'autre affection ne provoquent pas en général des douleurs dont le caractère est nettement tranché.

Plus importante au point de vue diagnostic est l'évolution de la douleur et des phénomènes concomitants. Guillaume insiste sur ce point dans sa thèse sur la grossesse développée dans une corne rudimentaire et montre que l'on peut distinguer trois stades : douleur syncopale, syncopes anémiques, généralisation de la douleur et péritonisme. C'est dire la valeur du binôme douleur-syncope. D'autre part Gasbarrini insiste sur le début de la douleur qui serait progressive dans l'appendicite et brusque dans la rupture. Mais il faut bien savoir que si la douleur

---

1. *Loc. cit.*, p. 412.

a un début progressif dans l'appendicite — et Halipré a dernièrement insisté sur ce que dans l'appendicite aiguë, la douleur n'apparaît que secondairement, après les phénomènes intestinaux (1); dans la rupture tubaire, les douleurs de la grossesse ectopique précédent la douleur vive de la rupture. D'autre part, les troubles digestifs prémonitoires, s'observent dans la grossesse tubaire également : ce sont les mêmes que dans toute grossesse.

Signalons enfin pour le diagnostic de la grossesse non rompue avec l'appendicite chronique le signe de Rovsing. Ce signe qui pour Rovsing serait une marque d'endo-appendicite, traduirait pour Hoffmann (2), la péritonite péri-appendiculaire et aussi la paramétrite, la pelvi-péritonite. Toutefois Launay et Séguinot lui accordent une certaine valeur dans les cas que nous étudions. Ils n'en apportent d'ailleurs aucune observation.

Température. — Il existe deux causes d'erreur dans l'interprétation de la température. L'inondation péritonéale détermine de l'hypothermie plus ou moins marquée (1 à 2 degrés), progressive dans les cas graves ; on peut également observer de l'hypothermie dans l'appendicite septique diffuse (37 degrés, 36 degrés, 35°5). De tels cas qui se réduisent souvent au binôme : hypothermie et mauvais état général,

---

1. (*Revue médicale de Normandie*, n° 7, 1911).
2. (*Ceutralblatt für chirurgie*, 1908, p. 533).

présentent parfois des difficultés de diagnostic insurmontables.

D'autre part on oberve dans l'hématocèle de la fièvre de résorption, fièvre aseptique (38 degrés, 38°5); des élévations de température se voient également à chaque poussée d'une hématocèle à répétition (fièvre de réaction péritonéale). Les premiers observateurs croyaient à une température de résorption. Pozzi (1) croit qu'il y a toujours hypothermie primitive.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation de ces faits, il est certain qu'une faible élévation de température hors de proportion avec les autres symptômes est caractéristique de la rupture de la grossesse tubaire plutôt que de l'appendicite.

On a, d'autre part, signalé comme un symptôme d'appendicite et surtout d'appendicite grave la différence entre la température axillaire et la température rectale. Il n'y a pas eu de semblables recherches au sujet de la grossesse extra-utérine rompue. Peut-être donnerai ent-elles quelques renseignements.

En même temps que les phénomènes thermiques, on peut observer des frissons : grand frisson de l'hémorragie en masse, frissonnements du début de l'appendicite, frissons au cours de cette affection en rapport avec la formation d'un abcès péri-appendiculaire.

Pouls. — Dans l'appendicite grave et dans l'inon-

1. (Discussion à la Société de Chirurgie, 1899).

dation péritonéale, le pouls est petit, filiforme, irrégulier, rapide (de 120 à 160). La discordance entre le pouls très rapide et la température presque normale constitue un élément de pronostic au cours de l'appendicite et peut-être un élément de confusion avec la grossesse extra-utérine.

Syndrome péritonéal. — On désigne sous le nom du syndrome péritonéal, un ensemble de symptômes de délimitation malaisée, qui traduit l'irritation septique ou mécanique du péritoine. On l'observe dans les péritonites appendiculaires et dans l'ictus péritonéal déterminé par un épanchement. Il comporte la douleur généralisée, le pouls rapide, les réactions sur les divers organes recouverts par le péritoine (vomissements, hoquet, arrêt des matières et des gaz, dysurie), l'hyperesthésie, l'anxiété, la dyspnée, le facies péritonéal. On peut retrouver au cours de l'inondation, tous les éléments de ce syndrome bien connu dans l'appendicite. C'est ainsi que dans l'observation LXIV, Celos note : les vomissements, le hoquet, l'arrêt des matières et des gaz, la rétention d'urine, le météorisme, le ventre de bois, la disparition de la matité hépatique, la palpation très douloureuse empêchant l'exploration. Aguinet (thèse, p. 38) a observé de la respiration superficielle et rapide.

État général grave. — Les troubles de l'état général donnent dans l'appendicite septique diffuse,

comme dans l'inondation péritonéale, l'impression d'une affection générale très grave. Ils peuvent se résumer en : hyperinfection dans l'appendicite et hyperanémie dans l'inondation — anémie aiguë des grandes infections et anémie suraiguë de l'hémorragie interne — le teint est plombé et la face pâle. On trouve dans la coloration de la face et des muqueuses un élément de diagnostic : jamais l'appendicite ne réalise la pâleur invraisemblable de certaines hémorragies. D'autre part Legueu, Gasbarrini insistent sur l'importance de la syncope et de la tendance à la syncope dans la grossesse extra-utérine. Lorsque nous avons discuté la valeur du symptôme douleur, nous avons signalé cet état syncopal anémique, qui succède à la syncope par douleur et par shock. Ces syncopes à rechute sont presque pathognomoniques.

Enfin l'aggravation subite de l'état général est plutôt l'apanage de la grossesse rompue.

En somme on peut dire avec Cathomas que l'anémie aiguë est le symptôme le plus important, bien qu'au premier abord, il soit parfois trompeur.

Signalons d'autre part la surprenante emphorie de certaines appendicites, qu'on trouve rarement dans la grossesse ectopique rompue.

Syndrome gastro-intestinal. — Les troubles digestifs et la constipation dans la grossesse ectopique peuvent en imposer pour une appendicite chronique.

Signalons maintenant une série de petits signes permettant de différencier l'appendicite grave de la

rupture tubaire. Ce sont : le ténesme rectal prémonitoire de la rupture, la langue saburrale de l'appendicite et la langue rose et humide de l'inondation (1), l'absence de vomissements porracés dans la rupture (Choyau).

Syndrome génital. — Plus importante est l'étude du syndrome génital. Il est fréquent d'ailleurs que l'attention ne soit pas attirée sur ce point. Il n'est pas rare non plus que l'on se heurte, selon le mot de Cestan, « aux protestations indignées de veuves incorrectes, aux dénégations formelles de demi-vierges ».

Legueu note justement que les cas où il n'y a pas d'écoulement de sang à l'extérieur sont tout particulièrement sujets à erreur. Toutefois, le plus souvent, l'avortement tubaire imminent et la rupture de la trompe s'accompagnent d'un écoulement externe, trente fois sur quarante-huit d'après Bouilly (2). Ce sang est parfois d'origine utérine, dans la majorité des cas, c'est un liquide sanguinolent, brunâtre, d'origine tubaire, ayant le caractère du sang sorti des vaisseaux depuis quelque temps, et de couleur sépia (3). Cet écoulement ne doit pas être confondu avec les règles, car lorsqu'il y a grossesse, qu'elle

---

1. Aguinet, thèse, p. 54.
2. *La Gynécologie*, février 1898.
3. Boucheron, *Revue critique de médecine et de chirurgie*, mars 1910, p. 49.

soit utérine ou ectopique, les règles sont toujours supprimées.

Toutefois c'est généralement au moment des règles que se produit cette hémorragie : d'où nouvelle cause d'erreur avec l'appendicite. Cette dernière affection est en effet fréquente au moment des époques. Soupault (1) a montré la fréquence des accidents appendiculaires au moment de la menstruation ; ces accidents sont parfois bruyants et d'un diagnostic facile, mais le plus souvent ils sont si peu nets qu'on fait le diagnostic de coliques dues aux règles. Ils débutent en général quelques jours avant l'écoulement menstruel, diminuent quand celui-ci apparaît, pour se calmer quand il s'arrête.

Enfin Legueu dans 2 cas avait affaire à des femmes habituellement mal réglées et dont l'aménorrhée n'avait pas été interprétée comme marque de grossesse. Dans 1 cas en particulier, la malade était âgée de quarante-huit ans (2).

Tuméfaction. — On peut prendre la tumeur grossesse extra-utérine, ponr la tumeur boudin appendilaire. D'autre part Gasbarrini a insisté sur les cas où la tuméfaction que forme l'hématocèle est latérale, parce que des adhérences anciennes l'empêchent de se collecter dans le Douglas et la retiennent autour de la trompe. Ces cas que M. Faure a montré d'un

1. Société médicale des hôpitaux, 27 novembre 1903.
2. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 20 octobre 1902.

diagnostic délicat avec la salpingite sont également susceptibles d'en imposer pour une appendicite.

Contracture. — La contracture localisée qui existe dans l'appendicite, existe moins nettement dans la rupture (1) où on ne la trouve souvent pas. Toutefois dans le cas de Launay et Séguinot, elle était facilement perceptible.

Matité dans les flancs. — La matité dans les flancs est pour la plupart des auteurs un signe important de grossesse rompue. Celos (2) conteste sa fréquence, parce qu'il faudrait un épanchement de plus de 1.500 grammes pour la produire et que ces épanchements sont exceptionnels.

Toucher vaginal. — « Il ne faut guère compter sur le toucher » dit Willette, parlant du diagnostic de l'inondation. En effet le sang n'est pas collecté et c'est tout au plus si on constate un peu de sensibilité dans un cul-de-sac. Au stade d'enkystement, on constate de la tension des culs-de-sacs qui sont remplis d'une masse semi-liquide, mastic, neigeuse. Mais dans les cas où la collection se fait dans la fosse iliaque, l'examen gynécologique donne peu de renseignements.

Examen du sang. — Gasbarrini (3), Caliri (4)

1. Aguinet, thèse, p. 54.
2. Thèse, p. 179.
3. Gasbarrini, *loc. cit.*
4. *Annali di obstetricia, e gynecologia.*

attachent à cet examen une grande importance.

L'examen du sang dans une grossesse extra-utérine ne donne aucun renseignement. Mais lorsque survient l'hémorragie intra-péritonéale, on observe la formule de l'anémie aiguë qui n'a d'ailleurs rien de pathognomonique et pour Caliri une hyperleucocytose qui disparaît très rapidement.

Dans l'appendicite, il n'y a pas non plus de formule pathognomonique. Laignel-Lavastine (1) avait cru que l'éosinophilie pouvait avoir une valeur diagnostique. Cette éosinophilie est d'ailleurs peu marquée (3 à 6 o/o) et inconstante (2). Curschmann, Julliard (3), Vignard et Arnaud (4) insistent sur l'intérêt de la courbe leucocytaire plus que sur la leucocytose. Cette dernière s'observe comme dans toutes les suppurations. Quant à ses variations, il semble qu'elles aient plutôt un intérêt au point de vue du pronostic que du diagnostic. Une augmentation du nombre des leucocytes indique une aggravation, ou une complication, un drainage insuffisant après l'opération ; une diminution indique la guérison. Mais en aucun cas on ne peut utiliser cette courbe pour établir le diagnostic différentiel.

* * *

Si maintenant nous résumons cette étude clinique

---

1. *Société médicale des hôpitaux*, 25 avril 1901, p. 365.
2. Tuffier, *Semaine médicale*, 26 juin 1901.
3. *Revue de Chirurgie*, 1904.
4. *Lyon chirurgical*, t. III, n° 5, 1er mai 1910, p. 523

nous voyons qu'on a pu confondre l'inondation péritonéale avec l'appendicite grave à cause des troubles de l'état général ; et l'hématocèle et la grossesse non rompue avec les appendicites localisées à cause des signes locaux. Jamais on n'a publié d'observations d'appendicites prise pour grossesses ectopiques. Donc nous tirons un premier principe, c'est qu'en présence d'une douleur abdominale, on ne pense pas encore assez à la grossesse utérine.

Dans tous les cas qui ne sont pas nettement tranchés, l'évolution permet d'apporter de la précision au diagnostic, soit qu'on étudie minute par minute ce qui s'est passé avant l'entrée à l'hôpital, soit que le caractère atténué de l'affection permette une observation de quelques heures. Une grossesse rompue peut occasionner de la douleur au point de Mac-Burney et du péritonisme, mais surviennent les signes de l'anémie que l'ont peut mesurer par le nombre des syncopes, la rapidité du pouls, la gamme de la décoloration. Toute affection qui n'est pas foudroyante, qu'elle dure six heures ou trois jours, a une évolution. C'est cette évolution suivie pas à pas qui dans l'observation I de la thèse de Willette permit de faire le diagnostic. D'ailleurs pour toute affection, à l'heure actuelle, cette étude de l'évolution égale si elle ne prime celle des signes patognomoniques.

De même il ne faut pas se contenter d'un signe, quelle que soit la valeur qu'on lui attribue, pour faire un diagnostic. Il faut un groupe de signes, et parmi ces groupements il en est un qui a une grande valeur

diagnostique dans le cas qui nous occupe, c'est le binôme : douleur et syncope.

Enfin il existe une série de petits signes qui facilitent le diagnostic.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les faits anatomiques concernant les grossesses extra-utérines pseudo-appendiculaires sont peu nombreux. Ils se rapportent tous à des hématocèles enkystées dans la fosse iliaque. Il en était ainsi dans un cas de Gasbarrini, de même dans l'observation XX de la thèse d'Aguinet: « On trouva une hématocèle dans la fosse iliaque droite: cette hématocèle était très haut située, la trompe était rompue dans son tiers externe et entourée de fausses membranes qui la maintenaient presque en position verticale. »

Legueu a publié 2 observations où une rupture siégeant à gauche déterminait de la douleur dans la fosse iliaque droite (1).

Enfin dans les cas où l'hématocèle est enkystée dans la fosse iliaque, il serait intéressant de savoir quel est le vaisseau qui saigne. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de l'anastomose de l'utérine avec l'utéro-ovarienne et nous manquons, en outre, de signes pour faire cette différentiation au

1. *Société de chirurgie*, p. 924 à 1902.

cours de l'opération. Les hémorragies en jet seraient toujours pour certains en rapport avec une lésion de l'utéro-ovarienne. Or, dans un cas, M. Gosset, ayant été amené à comprimer l'iliaque primitive, démontra qu'une hémorrhagie de cette nature provenait de l'utérine (1).

---

1. Aguinet, thèse, p. 22.

CHAPITRE VII

PATHOGÉNIE

Les hypothèses concernant la genèse de l'avortement tubaire se classent en quatre groupes :

1° Dispositions embryologiques (organe de Rosenmüller, anomalie du canal de Müller, trompes accessoires, infantilisme, stigmate de dégénérescence) ;

2° Coudures, torsions, rétrécissements par adhérence ou tumeur ;

3° Troubles physiologiques au moment de la fécondation ;

4° Infection assez atténuée pour ne pas avoir déterminé l'occlusion et pour ne pas avoir créé des conditions empêchant l'œuf de vivre.

Il va sans dire que toutes ces causes s'appliquent aux grossesses extra-utérines simulant l'appendicite. Mais il existe encore d'autres hypothèses dignes d'intérêt. Elles tendent à expliquer pourquoi une hématocèle, collection d'origine salpingienne, peut déterminer de la douleur et de la tuméfaction au même endroit qu'une appendicite.

Situation de l'appendice et de la trompe. — Les

travaux de Legueu, d'Aglave, venant après ceux de Trèves (1885), Ferguson (1891), Lockwood et Rolleston (1891), Tuffier et Jeanne (1899), ont montré que l'appendice iléo-cœcal est en position iliaque moyenne dans 55 o/o des cas, haute dans 31 o/o, basse dans 14 o/o.

D'autre part, la trompe est un organe pelvien, occupant le bord supérieur de l'aileron moyen et ne dépassant pas le plan du détroit supérieur. Souvent même elle est prolabée dans le Douglas, surtout chez les multipares.

Ces deux organes seraient réunis, d'après Clado, par un ligament qu'il décrit ainsi : « En relevant l'appendice iléo-cœcal, on peut voir qu'il se forme un repli péritonéal partant du méso-appendice pour aller se continuer avec le bord supérieur du ligament large. Ce repli, dit ligament appendiculo-ovarien, est falciforme, à concavité supérieure. La partie moyenne répond aux vaisseaux iliaques et mesure 1 à 2 centimètres de hauteur (1).» Durand (2) qui décrit le même ligament y fait passer l'artère utéro-ovarienne ; ce ligament contiendrait des lymphatiques faisant communiquer l'appendice et l'ovaire.

Ce repli n'a jamais été trouvé par Barnsby (3), sur 125 cadavres, ni par Bérard (4), sur 33 cadavres. De même aucun auteur n'a retrouvé de communications

---

1. Clado, Société de Biologie, 1892.
2. *Progrès médical*, 1895.
3. Thèse de Paris, 1898.
4. Thèse de Dermoy, Lyon, 1897.

lymphatiques entre l'ovaire et l'appendice. Le ligament appendiculo-ovarien serait ou le résultat de tractions anormales. ou le ligament suspenseur de l'ovaire, ou l'extrémité inférieure du ligament mésentérico-pariétal descendant plus bas que d'habitude (Poirier).

Situation haute de la trompe d'origine congénitale. — La trompe et l'ovaire restent toute la vie en position lombaire chez les vertébrés inférieurs et chez les oiseaux. Chez l'homme, dès le troisième mois, ils semblent s'abaisser. Au cinquième mois, l'ovaire est à un niveau inférieur à la crête iliaque. Au sixième mois, il surplombe le détroit supérieur par son extrémité externe et, par son extrémité interne, il se rapproche du cœcum auquel le relie le plica genito-enterica, repli appendiculo-ovarien vrai de la période fœtale. L'ovaire rentre dans l'excavation à la dixième année pour Charpy. Pour Rieffel, l'ovaire reste à cheval sur le détroit supérieur jusqu'à deux ans et quelquefois jusqu'à dix ans. L'ovaire droit, d'après Puech, serait en retard dans ce mouvement de descente.

En réalité, les ovaires ne descendent pas, c'est le bassin qui en se développant remonte vers eux et les avale en quelque sorte.

La trompe a un sort identique. A la naissance, son extrémité externe est dans la fosse iliaque. Dans un certain nombre de cas, on peut observer des arrêts de migration. Cet organe peut se fixer, par

exemple, dans la région lombaire en position plus ou moins verticale. ou dans la fosse iliaque, ou à cheval sur le détroit supérieur.

Il est permis d'admettre que cette situation haute de la trompe fait partie du complexus anatomique de l'infantilisme que certains auteurs ont invoqué pour expliquer la grossesse extra-utérine, au même titre que la grande sinuosité de l'oviducte par exemple (1).

Il serait intéressant, dans les cas de grossesses extra-utérines ayant simulé l'appendicite, de rechercher la topographie de la trompe et les autres stigmates d'infantilisme pelvien, ainsi que l'existence du repli appendiculo-ovarien. En effet, pour Rieffel le ligament suspenseur de l'ovaire dériverait de la fusion du ligament diaphragmatique du corps de Wolff avec le plica génito-enterica. La séparation de ces deux formations se retrouverait peut-être à titre d'anomalie. La situatiou de la trompe saine serait également à rechercher. On sait que l'état de cette trompe a une certaine importance au point de vue des récidives possibles (2).

Situation haute d'origine gravidique.— On sait que par voie reflexe, ou du fait de la sécrétion interne de l'œuf, ou par l'augmentation de la circulation pelvienne, l'utérus augmente de volume au cours

---

1. Schœffer, *Arch. für gynck*, 1890, p. 199.

2. Varnier. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 5 octobre 1900. — Filhoulaud, thèse de Paris 1907.

des grossesses ectopiques et cela d'autant plus que la grossesse est plus rapprochée de l'utérus (1), Frankel dans une grossesse tubaire de huit mois à constaté que l'utérus avait vingt centimètres (2), Fabre et Trillat (3) ont vu dans une grossesse ectopique de un mois, l'utérus déborder la symphyse au point d'en imposer pour une grossesse utérine. Or la trompe remonte en même temps que l'utérus se développe. D'ailleurs aucune recherche n'a été faite sur la migration gravidique de la trompe.

Situation haute d'origine pathologique. — M. Pozzi (4) M. Barnsby (5) ont attiré l'attention sur la formation de néo-membranes, contenant des vaisseaux et des lymphatiques et unissant la trompe atteinte de salpingite aux organes voisins, en particulier à l'appendice. Ces faits auxquels M. Segond a donné le nom de flirt appendiculo-annexiel, permettent de supposer une rétraction des néo-membranes fixant la trompe au voisinage de l'appendice, ou même l'entraînant en haut.

---

1. Cazeaux, thèse 1903.
2. *Arch. für gynek*, LXIV, p. 197.
3. Réunion obstétricale de Lyon, 19 mai 1910.
4. *Société de Chirurgie*, 1898, p. 778.
5. Thèse de Paris 1898, p. 19.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Les cas où les deux affections que nous venons d'étudier coexistent et les cas où leur diagnostic différentiel est difficile, ne créent aucune modification dans la conduite à tenir : opération immédiate s'il s'agit de grossesse ectopique ; opération immédiate s'il s'agit d'appendicite au cours d'une grossesse de quelque nature qu'elle soit ; opération tempestive dans les cas d'appendicite. Nous ne croyons pas, comme Témoin que ces faits doivent avoir une importance sur la conduite à tenir dans l'appendicite à chaud, hormis les cas où l'on pense nettement à une grossesse extra-utérine.

D'autre part si, ayant fait le diagnostic d'appendicite, on tombe sur une grossesse ectopique rompue ou non, comment devra-t-on agir ? M. Potherat (1) a opéré sans agrandir l'incision de Roux qu'il avait pratiquée d'abord. Chevalier avait dû agrandir sa première incision. M. Legueu a rencontré de grandes difficultés. M. Témoin a fait une nouvelle incision.

1. *Société de Chirurgie*, 1902, p. 1103.

Enfin il semble que la découverte de lésions appendiculaires, au cours d'une intervention pour grossesse ectopique, soit une indication à pratiquer l'appendicectomie préventive. M. Legueu (1), dans treize opérations pour lésions aseptiques du bassin dont quatre grossesses extra-utérines, pratiqua cette ablation et ne trouva que trois appendices normaux.

---

1. *La Gynécologie,* 1911, p. 145.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

Grossesse extra-utérine droite prise pour appendicite

Denise B..., trente-deux ans, entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Potherat, le 25 février 1911. Réglée depuis quatorze ans et toujours d'une façon régulière, elle n'a aucun antécédent morbide soit héréditaire, soit personnel. La veille de son entrée elle a présenté des phénomènes abdominaux graves, qu'elle attribue à une indigestion de moules.

L'interrogatoire apprend qu'elle fut prise brusquement d'une douleur particulièrement intense dans la fosse iliaque droite ayant entraîné une syncope. Aucun renseignement sur le pouls et la température à ce moment.

Admise salle Broca, lit n° 33, la malade présentait à l'examen des douleurs intenses généralisées à l'abdomen tout entier avec prédominance toutefois dans la fosse iliaque droite. Elle n'avait rendu ni matière, ni gaz depuis deux jours et avait été prise de vomissements surtout muqueux. L'état général était mauvais : [facies pâle, yeux excavés, traits tirés, narines pincées, respiration superficielle et légèrement accélérée (25 mouvements à la minute), ventre

considérablement augmenté de volume. A la palpation, l'abdomen était dur et tendu, surtout à droite où l'on percevait un maximum de douleur au point de Mac-Burney avec défense musculaire empêchant l'exploration profonde. A la percussion, tympanisme très marqué occupant l'abdomen tout entier et masquant la matité hépatique. En pratiquant le toucher vaginal on trouvait un col utérin de forme et de consistance normales avec orifice externe complètement fermé et arrondi, les culs-de-sacs avaient conservé leurs dimensions et leur souplesse habituelles. Légère douleur toutefois au niveau du cul-de-sac latéral droit. Le corps de l'utérus légèrement basculé en arrière, était mobile. Outre les phénomènes généraux graves déjà notés, la malade présentait une température peu élevée de 37°5 coïncidant avec un pouls accéléré de 130 pulsations à la minute; qui était cependant régulier et bien frappé. Le diagnostic d'appendicite fut porté et une intervention d'urgence fut alors décidée.

Incision latérale droite de Mac-Burney. A l'ouverture du péritoine on tomba sur une grande collection de sang liquide mélangé de caillots. La malade étant mise en position déclive, on procéda au nettoyage du péritoine et on constata qu'il s'agissait de grossesse interstitielle rompue, la rupture siégeant à la partie postérieure de la corne utérine droite. Excision de la trompe et de l'ovaire droits. Drainage. Suture. Les suites de l'opération furent normales et la guérison rapide.

OBSERVATION II (Chevalier).

Grossesse extra-utérine droite prise pour appendicite.

La femme K..., vingt-sept ans, entre le 16 septembre dans le service de M. Bazy, suppléé par M. Chevalier. C'est une nullipare sans antécédents. Le 5 juillet, règles normales. En août, l'époque vient à manquer. Vers le 12, métrorragie sans caillots se prolongeant pendant plusieurs jours. Du 22 au 31, douleurs intermittentes dans la région lombaire. A ce moment la malade prend un purgatif et expulse quelques caillots. Cet état dure jusqu'au 8 septembre. Un médecin craignant une fausse-couche prescrit le repos et les injections chaudes. Le 13, douleurs abdominales vives, lancinantes, très aiguës, siégeant au-dessus de l'ombilic et empêchant tout sommeil. Le lendemain, vomissement alimentaire, douleurs abdominales très vives surtout à droite. Le 15, les douleurs augmentent encore et s'accompagnent de syncopes répétées. Le 16, la malade rentre à l'hôpital et M. Chevalier trouve l'état suivant :

Température : 38 degrés ; pouls : 132, régulier, assez bien frappé. Ventre ballonné. Douleurs abdominales généralisées avec maximum à droite. Submatité dans les flancs. Pertes légères de liquide rosé. La face présente une teinte subictérique, le facies est péritonique : yeux excavés, nez pincé. La langue reste humide avec anorexie ; soif vive ; frissons ; urines foncées, troubles, légèrement albumineuses. Au toucher, l'utérus semble augmenté de volume, mais on ne peut en percevoir le fond. Il est refoulé à droite, douloureux à la

pression. Les culs-de-sac sont souples, indolores, le col est complètement fermé. Le soir la température est de 38°2, le pouls à 140. Le 18, la malade se trouve mieux : température 38 degrés, pouls 128, pas de céphalée, plus de vomissements, pas de selles, la douleur paraît localisée à droite.

En l'absence de renseignements précis M. Chevalier pensa à une collection suppurée d'origine appendiculaire et pratiqua l'incision de Roux. Il s'écoula une notable quantité de sang liquide. L'incision fut alors agrandie et il tomba sur un amas de caillots noirâtres au milieu desquels il trouva un fœtus de 4 centimètres. Le 20 octobre la malade sortait guérie.

OBSERVATION III

(Legueu, Société de Chirurgie, 1902).

Je fus appelé en ville, dit M. Legueu, pour une malade de quarante-huit ans qui, trois jours avant, en portant un fardeau, avait ressenti à droite une douleur extrêmement vive, syncopale, qui s'accentua rapidement dans la nuit suivante. En même temps que le ventre se ballonnait, la constipation devenait absolue et la température s'élevait. Aussi quand je la revis le surlendemain, en présence de la douleur localisée à droite, de la température à 38°5, je pensai à l'appendicite et j'opérai la malade. J'incisai la fosse iliaque droite et je reconnus tout de suite l'épanchement de sang qui me força à rectifier mon diagnostic. J'allai à la recherche des trompes, c'était la gauche qui était rompue. J'eus quelque peine à terminer l'opération par l'incision que

j'avais faite à droite, mais j'étais dans des conditions défectueuses de milieu et je voulais éviter les complications d'une incision supplémentaire : j'y parvins et la malade guérit.

OBSERVATION IV

(Legueu, Société de Chirurgie, 1902).

Ce cas, raconte M. Legueu, concerne une femme de vingt-deux ans, prise brusquement d'une douleur tellement vive dans la fosse iliaque qu'elle dut quitter son travail ; presque aussitôt elle fut prise de vomissements et de syncope. Elle ne fut amenée que le lendemain à la Charité où je la vis deux heures après. La température était de 38 degrés et le pouls à 130. Elle souffrait dans tout le ventre, spécialement à droite. Elle n'avait pas eu de retard de règles et ne perdait pas actuellement. Je crus à une appendicite et j'incisai à droite. Je reconnus aussitôt mon erreur, il y avait du sang jusque dans l'abdomen. La trompe droite était saine, j'allai à la recherche de la trompe gauche, mais j'eus cette fois quelque difficulté à l'atteindre et je dus faire une laparatomie médiane. La trompe gauche était rompue dans son milieu ; il y avait un litre et demi de sang dans le ventre. Après l'avoir épongé et enlevé la trompe, je refermai et la malade guérit.

OBSERVATION V (Potherat)

Hématocèle d'origine tubaire prise pour appendicite

Le 12 novembre entre dans mon service, écrit M. Potherat, une jeune femme de trente-quatre ans. Ses dernières règles, qui

d'ailleurs avaient été normales, dataient de vingt-huit jours. Quinze jours avant son entrée la malade avait perdu quelques gouttes de sang par la voie vaginale et deux jours plus tard elle se levait avec la tête lourde, en proie à des vomissements violents et à des douleurs abdominales sourdes d'abord, puis vives en même temps que diffuses et plus marquées à gauche. Tout se calma peu à peu. Huit jours plus tard mêmes accidents et le médecin l'envoya à l'hôpital avec le diagnostic indécis d'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine ou d'appendicite.

L'examen que je pratiquai à ce moment me fit porter le diagnostic ferme d'appendicite. En effet la malade ressentait une douleur nette, très vive, au point de Mac-Burney, présentait de la défense musculaire au-devant de la fosse iliaque droite et plus profondément il existait une masse arrondie, oblongue, avec submatité à la percussion. L'utérus était haut situé, mais les culs-de-sac restaient absolument souples. Dans ces conditions je repoussai nettement le diagnostic d'hématocèle et m'en tins à celui d'appendicite qui était d'ailleurs généralement accepté par plusieurs médecins et internes qui examinèrent la malade. L'état général était assez fortement atteint, le facies grippé ; mais la température était de 37 degrés et le pouls à 80. J'ordonnai de la glace et la diète absolue et j'attendis. Le 13, même état. Le 14, le pouls était à 112 bien que la température restât à 37 et que l'état général s'aggravât. J'attends encore. Mais le 15 le pouls est au-delà de 130 et l'état général encore plus grave, bien que la température reste stationnaire. Je décide d'opérer sans retard.

Incision de Roux. Ouverture de la paroi abdominale. A ma grande surprise je tombe sur un gros caillot occupant la

fosse iliaque droite. Les anses intestinales sont baignées dans le sang pur ou du moins une sérosité fortement hématique qui s'écoule en notable abondance. L'examen de la trompe droite montre une paroi partout continue, mais l'exploration du pavillon révèle une large ouverture par où l'hémorragie s'était produite. J'évacue rapidement la fosse iliaque et par l'incision faite à droite, sans agrandissement, j'enlève les annexes droites. Suture. Drainage. Guérison.

OBSERVATION VI (Launay et Séguinot)

Grossesse extra-utérine double prise pour appendicite.

Mme C..., vingt-six ans. Pas d'antécédents. Le 21 octobre 1910, violentes douleurs dans le flanc droit et vomissements. Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë et met la malade à la glace et à la diète. Les phénomènes douloureux augmentent et l'état général devenant de plus en plus mauvais, la malade entre à la maison Dubois, le 21 octobre.

A son entrée elle se plaint de douleurs siégeant dans le flanc droit, survenant par crises et s'accompagnant de vomissements. La palpation montre une contracture des deux muscles droits donnant la sensation d'un ventre de bois.

Dans la fosse iliaque droite une percussion légère révèle une zone de matité étendue de la région sous-hépatique à la cavité pelvienne et ne dépassant pas la ligne médiane. La palpation très douloureuse ne permet pas de délimiter ce plastron à la main, la douleur étant surtout développée

dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle rien. L'état général est mauvais : nez pincé, yeux excavés, langue sèche, urines peu abondantes, constipation absolue ; La température est de 38 degrés, le pouls à 100 pulsations. Le diagnostic est porté d'appendicite. Les jours suivants la température tombe à 37°5, les douleurs diminuent, la langue devient humide, l'état général meilleur. Le 27, la malade présente un ictère intense sans température, ni phénomènes hépatiques. Le plastron de la fosse iliaque droite maintenant plus facile à délimiter est toujours aussi étendu et aussi dur. Cet état se continue jusqu'au 3 novembre où on commence l'huile de ricin et les lavements d'huile ; le 6 on supprime la glace. Le 10 novembre, nouvelles douleurs sourdes dans le flanc droit, pas de température ; ces phénomènes subaigus s'appaisent sous l'influence de la glace.

Le 14 novembre au soir la malade ressent de violentes douleurs dans le flanc gauche se généralisant rapidement à la cavité pelvienne et survenant sous forme de coliques espacées. L'interne de service, M. Séguinot, apprend que la malade cachait un retard de règles de trois mois. L'examen montre en effet des signes sympathiques de grossesse du côté des seins. La palpation abdominale ne révèle aucun changement dans le plastron de la fosse iliaque droite, mais la palpation de la cavité pelvienne est très douloureuse.

Le toucher vaginal montre un cul-de-sac rempli et un utérus légèrement augmenté de volume et refoulé en avant. Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté. Pas de shock ; température 37 degrés, pouls 120. Le lendemain M. Launay voit la malade : l'état est plus mauvais, le facies anxieux, les lèvres décolorées ; température 36°7,

pouls 140. Au toucher on sent le col plaqué contre la symphyse et une collection rénitente dans le Douglas.

En présence du plastron d'appendicite, l'opération rendue nécessaire par la continuation de l'hémorragie tubaire, se présentait dans des conditions délicates. M. Launay décide de commencer par la laparotomie médiane et de s'en rapporter à ce qu'on trouvera. On tombe sur un utérus gros et une poche gauche limitée par l'intestin, l'épiploon et des adhérences : elle est remplie de caillots au milieu desquels est un fœtus de 13 centimètres. En recherchant les annexes droites, M. Launay tombe sur une poche enkystée remontant sous la région hépatique, derrière le colon et le cœcum et remplie de caillots plus anciens qu'à gauche. Au milieu d'eux il retire à la grande surprise de tous deux fœtus de 12 centimètres. On ne recherche pas l'appendice au milieu des adhérences nombreuses de l'intestin. La trompe gauche est rompue à la partie moyenne et saigne encore, la droite près de l'utérus. Ablation des annexes, hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION VII (Aguinet)

Grossesse extra-utérine droite simulant l'appendicite

Femme de vingt-quatre ans, entre le 20 avril avec un retard de règles de six semaines, puis réapparition le 8 avril, abondantes jusqu'au 12. Le 18, douleurs pelviennes et pertes abondantes. Le 19, vertiges, plusieurs syncopes, vomissements alimentaires.

A son entrée, douleurs atroces dans le ventre surtout à

droite. Température 39°2, pouls 140. Ventre ballonné et douloureux surtout dans la fosse iliaque droite et jusque dans la cavité pelvienne. Défense musculaire, submatité à droite, sonorité à gauche. Au toucher, culs-de-sac libres, mais un peu douloureux à droite. Le début brusque, l'intensité de la douleur à droite, au niveau de la fosse iliaque, l'accélération du pouls, la submatité, la notion de règles survenues le mois avant, font faire le diagnostic d'appendicite à grand foyer. Cependant la pâleur de la malade, la petitesse du pouls, la notion d'un écoulement sanguin apparu la veille avaient fait penser quelques instants à une grande hématocèle.

Opération sans délai, la malade étant dans un état désespéré. Incision large selon le tracé de Roux au niveau de la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de sang avec caillots nombreux et volumineux. L'incision est agrandie vers le pelvis et on arrive sur la trompe droite rompue. Ablation des annexes droites, nettoyage de la cavité pelvienne, fermeture. Guérison.

OBSERVATION VIII (Aguinet)

Grossesse extra-utérine droite simulant l'appendicite

Une malade de trente ans entre à l'hôpital ayant été prise la veille d'une douleur violente du côté droit du ventre, avec sueurs froides et syncope prolongée. Elle vomit et ne rend ni matière ni gaz. Le toucher vaginal révèle seulement un col mou qui fait penser à une grossesse extra-utérine.

L'état général étant grave (extrémités froides, pouls fili-

forme et fuyant, facies péritonéal), on opère d'urgence. Laparotomie médiane, au lieu de l'incision appendiculaire à laquelle on avait songé tout d'abord. La trompe droite est rompue à un centimètre de l'utérus. On enlève aussi les annexes gauches, l'ovaire étant kystique et des adhérences retenant la trompe loin de lui. Guérison.

OBSERVATION IX (Aguinet)

Grossesse tubaire droite prise pour appendicite

Une malade allaitant depuis six mois et par conséquent non réglée est prise brusquement d'une vive douleur dans la fosse iliaque droite. Elle rentre le lendemain à l'hôpital. Le pouls est faible à 130, l'abdomen distendu et douloureux partout. Au toucher l'utérus est mobile et les annexes non douloureuses. Incision de Jalaguier, on pensait à une appendicite avec péritonite diffuse. On trouve une grande quantité de sang libre et de caillots, pas d'adhérences. La trompe droite était rompue à la partie isthmique, le pavillon libre et perméable. Ablation des annexes droites. Guérison.

OBSERVATION X (Aguinet)

Grossesse tubaire gauche prise pour appendicite

Une femme de trente-sept ans ayant eu ses dernières règles le 14 janvier est prise le 1er février de douleurs dans la région ano-rectale et à l'ombilic, qui l'empêchent de s'asseoir, d'uriner et d'aller à la selle. Pas de pertes vaginales, ni de

syncopes. Le 2, légère atténuation, mais le 3 les douleurs deviennent intolérables et la malade entre à l'hôpital.

Le pouls est rapide et irrégulier, la température de 36°5, la langue humide, l'abdomen douloureux dans toute son étendue. Rien au toucher. Le chirurgien de garde fait le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et trouve l'état trop grave pour opérer ; un externe remplaçant l'interne de garde avait pensé à la grossesse extra-utérine rompue.

Opération le lendemain. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de sang et de caillots. L'hémorragie vient de la trompe gauche. Ablation des annexes de ce côté. La malade trop anémiée meurt le surlendemain de l'opération.

OBSERVATION XI (Aguinet)

Rupture tubaire droite simulant appendicite

Femme de quarante ans, entre à l'hôpital avec diagnostic d'appendicite. Collection dans le flanc droit. Température. Pas de signes d'hémorragie interne.

Incision dans la fosse iliaque droite. Il s'échappe un flot de sang noir et on tombe sur un caillot commençant à s'organiser. Une hémorragie très abondante se déclare. L'hémostase et la ligature sont pénibles à cause de l'incision latérale.

OBSERVATION XII (Témoin)

Grossesse extra-utérine droite coexistant avec appendicite

Femme de vingt-deux ans, mariée depuis trois mois. Règles régulières sauf les dernières, douloureuses et peu abondantes. Pas d'antécédents, sauf crise d'appendicite caractéristique il y a un an. Le 28 janvier, elle est prise de douleurs atroces dans le ventre avec vomissements, ballonnement, arrêt complet des matières et des gazs, pouls rapide, facies altéré. La malade rentre à l'hôpital le 1er février pour obstruction intestinale.

A ce moment ce sont en effet les signes d'obstruction qui dominent, les douleurs sont généralisées, le toucher vaginal ne révèle rien. Un lavement purgatif procure une grande selle et soulage la malade. Pendant deux jours l'état reste stationnaire. Le 4, les phénomènes s'accentuent. Douleurs très vives surtout à droite, teint pâle, facies grippé. On pense à l'appendicite et on décide l'opération.

Incision latérale. On tombe sur une couche épaisse d'épiploon impossible à disséquer et au-dessous on sent nettement une volumineuse poche fluctuante allant vers l'utérus. On pense à une salpingite purulente et pour ne pas infecter le péritoine par une dissection trop laborieuse on décide d'évacuer par le vagin. Fermeture de la plaie abdominale, incision du cul-de-sac droit : il s'écoule du sang et des caillots. Laparotomie médiane. On tombe sur un volumineux hématosalpinx droit allant adhérer à l'appendice qui vient se con-

fondre avec la tumeur et qui a un volume considérable. Ablation. Guérison.

OBSERVATION XIII (Témoin)

Rupture tubaire droite. — Adhérences appendiculaires

Femme de trente-sept ans, toujours bien réglée. Dernières règles normales. Fut soignée il y a six mois pour appendicite. Le 19 juillet la malade est prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec état général mauvais. On fait le diagnostic d'appendicite et on attend.

La malade entre à l'hôpital le 30 juillet. Le facies est grippé, le pouls petit et fréquent. Pas de signes de péritonite. Opération le 31 juillet. Incision latérale. Il s'écoule un sang noir remplissant le petit bassin. La plaie est refermée et l'abdomen ouvert sur la ligne médiane. La masse appendiculaire fait corps avec la trompe rompue : le tout est enlevé. Guérison.

CONCLUSIONS

La rupture d'une grossesse tubaire et l'appendicite sont les deux causes de douleurs abdominales à siège bas, début brusque, évolution grave. Ces deux affections sont susceptibles d'être confondues.

Ce point de diagnostic est de connaissance récente (Potherat, Legueu, Pinard, Chevalier (1902) ; Aguinet (1903) ; Cathomas (1909) ; Gasbarrini (1910).

Les accidents de la grossesse extra-utérine peuvent simuler l'appendicite dans quatre cas : grossesse extra-utérine simulant l'appendicite chronique ou l'appendicite localisée ; hématocèle simulant l'appendicite aiguë ; inondation péritonéale simulant l'appendicite septique diffuse ; hématocèle suppurée simulant l'appendicite pelvienne.

On observe assez fréquemment la coexistence des deux affections.

Tous les symptômes de ces deux maladies pris un à un peuvent prêter à confusion : douleur, température, pouls, ictus péritonéal, état général grave, syndrome gastro-intestinal, syndrome génital, palper, percussion, toucher. Le diagnostic sera aidé par les commémoratifs et surtout par une étude de l'évolu-

tion faite minute par minute (par la marche de l'anémie en particulier). Il ne se fondera jamais sur un symptôme, mais sur un binôme symptomatique au moins. Il pourra s'appuyer sur quelques petits signes.

L'examen du sang donne peu de précisions.

Certains cas de confusion s'expliquent anatomiquement par l'existence d'hématocèle latéro-utérine.

La situation haute de la douleur et de l'empâtement dans l'hématocèle s'explique par la situation haute de la trompe, situation qui peut être congénitale, gravidique ou pathologique.

Le traitement des grossesses extra-utérines pseudo-appendiculaires nécessite quelquefois l'agrandissement de l'incision pour appendicite.

La coexistence des deux affections est peut-être une indication de l'appendicectomie préventive.

Vu : le Président de thèse,
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique

Traités de Duplay et Reclus, Le Dentu et Delbet, Pozzi, Bar Brindeau et Chambrelent, Ribemont-Dessaignes et Lepage.

Discussion à la Société de Chirurgie (1902) et à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie (1902).

Aguinet. — Thèse de Paris, 1903.

Albertin et Desgouttes. — Lyon chirurgical, mars 1909.

Bouilly. — La Gynécologie, février 1898.

Budin. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1897.

Caliri. — Annali di obst. et gynec. avril 1910.

Cathomas. — Beiträge für klinische chirurgie, 1909.

Celos. — Thèse de Paris, 1902.

Cazin. — Paris chirurgical, février 1910.

Chevalier. — Société de Chirurgie, 1902, p. 923.

Choyau. — Thèse de Paris, 1896.

Gasbarrini. — La Reforma medica, 24 janvier 1910, p. 80 à 91.

Guillaume. — Thèse de Paris, 1911.

Hoffmann. — Centralblatt für chirurgie, 1908, p. 533.

Hosmann. — Société de Gynécologie de Munich, octobre 1903.

Juillard. — Revue de Chirurgie, 1904.

Launay et Séguinot. — Revue de Chirurgie, avril 1911

Legueu. — Société de Chirurgie, 1902, p. 923.

— Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie, 20 octobre, 1902.

— La Gynécologie, mars 1911.
Pinard. — Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie, 20 octobre 1902.
Potherat. — Société de Chirurgie. 1902, p. 1103.
Soupault. — Société médicale des hôpitaux, 27 novembre 1911.
Témoin. — Association française de chirurgie, Congrès de 1903.
Vignard et Arnaud. — Lyon chirurgical, 1910, p. 523.
Weill. — Thèse de Paris, 1911.
Willette. — Thèse de Paris, 1911.

Étude anatomique

Traité d'anatomie de Poirier.
Aguinet. — Loc. cit.
Barnsby. — Thèse de Paris, 1898.
Cazeaux. — Thèse de Paris, 1903.
Clado. — Société de Biologie, 1892.
Couvelaire. — Thèse de Paris 1900.
Dermoy. — Thèse de Lyon 1897.
Durand. — Progrès médical, 1895.
Fabre et Trillat. — Réunion obstétrieale de Lyon, octobre 1910.
Filhoulaud. — Thèse de Paris, 1907.
Frankel. — Arch. für gynek. t. LXIV, p. 197.
Gasbarrini. — Loc cit.
Hohne. — De l'Hypoplasie des trompes dans leurs rapports avec la grossesse extra-utérine. Zeitschrift für, geburtschilfe und gynek., 1908.
Kruger. — Deutsche für chir 1897.
Pozzi. — Société de Chirurgie, 1890.
Rieffel. — In Traité de Poirier.

Imp. la de Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris.